

136

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 2 Mars 1893, à 1 heure

PAR

Ed. LALLEMAND

Né à Metz (ancien département de la Moselle).

DES

ESCARRES VULVAIRES
APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { MM.
PANAS, professeur.
BRUN, BAR, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

136

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 2 Mars 1893, à 1 heure

PAR

Ed. LALLEMAND

Né à Metz (ancien département de la Moselle).

DES

ESCARRES VULVAIRES

APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { MM.
PANAS, professeur.
BRUN, BAR, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.
<i>Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.</i>	

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS & AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0099

INTRODUCTION

Pendant que nous fréquentions le service de M. le professeur Tarnier, à la Clinique d'accouchements de la rue d'Assas, nous avons été frappé de voir parfois, sans cause apparente, les femmes accouchées prises d'une réaction fébrile singulière. L'examen des seins et de l'utérus ne nous enseignait pas la cause de ce phénomène. M. Demelin, chef de clinique, nous montra alors les escarres vulvaires qui ont fait le sujet de ce travail. Il nous parut intéressant d'étudier ces lésions. Le jour approchait où notre responsabilité serait engagée, où nous serions pris de peur dès que nos accouchées présenteraient la moindre élévation de température. Nous rencontrions une de ces causes d'alertes et nous nous sommes attaché à la mieux connaître.

Sans doute, les praticiens n'ignorent pas les escarres vulvaires, mais ils ne les connaissent que par la pratique. Nulle part nous n'avons trouvé des renseignements précis et ordonnés. Les auteurs classiques se contentent d'une simple mention, ou ne traitent que des gangrènes vulvaires à grand fracas, accompagnées d'un éclatant cortège d'accidents graves et redoutables.

Certes, nous n'aurions pas osé aborder après de tels maîtres un sujet dont les occasions d'étude deviennent d'une rareté

telle que l'on peut dire de la gangrène vulvaire chez les accouchées, comme du noma : « Elle n'existe plus. »

Notre but était plus modeste. Nous avons voulu réunir quelques renseignements sur une série de cas qui peuvent se présenter au médecin de ville ou de campagne.

On nous reprochera peut être d'avoir abusé des citations textuelles. En réalité, nous avons eu peur que notre traduction des idées des autres ne fut une trahison.

On pourrait aussi s'étonner du petit nombre d'observations qui accompagnent notre travail. Beaucoup de cas dont nous n'avions pas l'histoire écrite étaient passés devant nos yeux, quand l'idée nous vint de choisir ce sujet pour notre thèse inaugurale. Nous nous sommes contenté de réunir quelques types. Multiplier les exemples eut été amasser des faits semblables et sans intérêt.

Nous avons été aidé et encouragé par nos maîtres qui nous avaient accueilli avec bienveillance. Aussi nous tenons à exprimer notre reconnaissance à M. le professeur Tarnier, pour nous avoir permis de travailler cette thèse dans son service et pour nous avoir fait l'honneur d'en accepter la présidence. Nous n'oublions pas davantage qu'il nous a prodigué, à nous et à nos condisciples, son enseignement obstétrical, qu'il nous a fait aimer et comprendre la science et l'art auxquels il a consacré sa vie et son travail.

M. le docteur Demelin nous a apporté le secours de ses connaissances cliniques, de son érudition et nous le remercions de la complaisance dont il a fait preuve à notre égard.

Nous saisissons avec plaisir cette occasion pour exprimer nos sentiments de gratitude à nos maîtres de Nancy et de Paris. Nous avons rencontré chez la plupart beaucoup de

bienveillance et même de dévouement. Nous prions en particulier d'accepter l'hommage de notre reconnaissance :

M. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de Nancy, qui nous a ouvert son laboratoire et nous a fait connaître les joies des recherches scientifiques.

M. le professeur Laboulbène, qui nous a accueilli avec tant de bienveillance, lors de notre arrivée à la Faculté de Paris.

M. le docteur René, professeur agrégé de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy, qui est resté pour nous un ami dévoué.

M. le docteur Reclus, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et chirurgien des hôpitaux, et M. le docteur Barth, médecin des hôpitaux, qui sont, entre tous, nos maîtres de clinique.

Enfin, ce serait ingratitude de notre part de ne pas exprimer notre affection et notre respect à M. le docteur Petit, de Château-Thierry, qui nous a aidé et soutenu dans nos études de ses encouragements et de ses conseils, et qui se propose de faciliter nos débuts professionnels. Nous sommes profondément pénétré de reconnaissance pour le praticien qui nous assure le concours de sa longue expérience pour faire nos premiers pas dans la carrière préférée.

Nous devons aussi des remerciements à notre ami, M. Camus, étudiant en médecine, qui a bien voulu tenir à jour nos observations pendant une absence à laquelle nous avons été obligé.

DIVISIONS

Ayant à étudier une affection qui peut être considérée comme un type nosologique bien constitué, nous avons adopté la division classique.

D'abord, nous énumérons dans la *Bibliographie* les sources auxquelles nous avons puisé nos documents. Suit l'exposition des théories et des opinions qui se sont succédées sur les escarres vulvaires. Au début de chacun des chapitres, nous reviendrons plus longuement sur quelques points spéciaux de l'*Historique*. Sous le même titre, *Symptômes*, nous avons réuni la description, la marche, le diagnostic et les complications de l'affection étudiée. L'*Anatomie pathologique*, forcément incomplète, est traitée rapidement. La *Pathogénie*, bien qu'incertaine, nous retient plus longtemps. L'*Étiologie* attire notre attention d'une façon spéciale. Le *Pronostic* dérive naturellement des notions qui précèdent : il ne prête donc pas matière à longs développements. Le *Traitement* exposé est celui que nous avons vu employer à la Clinique. Enfin, dans un court et dernier chapitre nous tirons de notre étude des *Conclusions* importantes pour le praticien.

BIBLIOGRAPHIE

DE LA MOTTE. — Traité des accouchements, 1764.

BOIVIN et DUGÈS. — Traité des maladies de l'utérus, 1833.

A. CHAVANNE. — Relation d'une épidémie de diphtérie gangréneuse des parties génitales survenue chez les nouvelles accouchées, à l'hospice de la Charité de Lyon, en 1850 (Thèse de Paris, 1851).

CHARRIER. — De la fièvre puerpérale. Épidémie observée en 1854 à la Maternité de Paris (Thèse de Paris, 1855).

BOUSSUGE. — De la diphtéroïde ou de l'inflammation ulcéro-membraneuse considérée à la bouche, à la vulve et sur les plaies (Thèse de Paris, 1860).

HERVIEUX. — Traité des maladies puerpérales, 1870.

VAILLARD. — Étude sur une épidémie de gangrène des organes génitaux chez les nouvelles accouchées, observée à l'hôpital des Cliniques (1872-73) (Thèse de Paris, 1873).

BOUSSEAU. — Vulvite pultacée chez les nouvelles accouchées (Thèse de Paris, 1876).

LÉTARD. — Des lésions des organes génitaux externes chez les nouvelles accouchées et de leur influence dans le développement de la septicémie puerpérale (Thèse de Paris, 1876.)

CHARPENTIER. — Des accidents fébriles qui surviennent chez les nouvelles accouchées (Thèse de Paris, 1863).

CHARPENTIER. — Traduction française du manuel de Schröder, 1878.

CHARPENTIER. — Traité des accouchements, 1883.

H. LEFEBVRE. — De l'examen des lochies au point de vue du pronostic chez les nouvelles accouchées (Thèse de Paris, 1883).

MAYGRIER. — Des formes diverses d'épidémies puerpérales (Thèse d'agrégation, Paris, 1883).

F. SIREDEY. — Les maladies puerpérales, 1884.

GARRIGUES. — Puerperal diphtheria (Amer. gyn. Soc. Boston, méd. and. surg. journal, 1^{er} oct. 1885).

GÖNNER. — Ueber mikroorganismen in den weiblichen genitalien während der Schwangerkraft und im puerperium (Microorganismes des organes génitaux pendant la grossesse et l'état puerpéral, in Revue de Hayem, t. XXXI).

WIDAL (Fernand). — Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'erysipèle (Thèse de Paris, 1889.)

HISTORIQUE

Les anciens auteurs n'attachaient aucune importance aux escarres vulvaires pendant les suites de couches. Les avaient-ils remarquées ? Il est permis d'en douter, leur silence sur ce sujet étant absolu. Cependant ils observaient avec sagacité. Il est plus vraisemblable que leur attention était distraite par les terribles accidents de la gangrène vulvaire et de l'infection puerpérale.

Lorsque ces incidents pathologiques venaient à faire défaut, les accouchées étaient cependant prises de fièvre et présentaient un malaise général qui coïncidait avec le gonflement, la chaleur et la rougeur des seins. La fièvre de lait était donc l'explication la plus naturelle, comprise des médecins et du vulgaire. On dut s'en contenter pendant de longues années.

Mais l'antisepsie renversa cette théorie et bien d'autres encore. La fièvre de lait devint une forme atténuée et non constante d'infection par la plaie placentaire.

Cependant certains cas semblaient faire exception. On observait de l'élévation de température et parfois un malaise indéniable sans que l'utérus fut en cause. Alors on chercha la porte d'entrée des germes infectieux, et l'attention fut appelée sur les excoriations de la vulve.

L'histoire de cette question et des étapes par lesquelles elle a passé, est assez intéressante pour nous arrêter un instant.

De La Motte (1764) a connu la gangrène de la vulve, mais il a remarqué les formes à symptômes éclatants. Dans son livre, il expose les connaissances acquises sur ce sujet à son époque. Il attribue nettement une origine traumatique à ces accidents. Tantôt il accuse la sage-femme « fichant et fourrant sans cesse ses doigts et sa main aussi avant qu'elle pouvait ».

Plus loin, il remarque que « la contusion n'est autre chose qu'un froissement des parties charnues et membraneuses, qui ont été fortement serrés entre deux corps durs, c'est une nécessité que le vagin souffre cet accident, se trouvant pressé pendant un long espace de tems, entre la tête de l'enfant et les os sacrum, ischion et pubis de la mère, dont la mortification peut s'ensuivre... »

Boivin et Dugès expriment un avis semblable.

Mais tous ces auteurs ne semblent connaître que les lésions de la gangrène vulvaire. Il faut arriver en 1851 pour trouver la relation de petites escarres dans la thèse de Chavanne.

Ce travail a pour objet une épidémie observée dans le service de Bouchacourt, à Lyon. L'état morbide des accouchées était signalé par un accablement général et de l'anorexie. Ces symptômes attiraient l'attention et un examen minutieux révélait l'existence d'escarres pultacées, limitées à la vulve et au vagin, ou bien étendues à la matrice. L'auteur rapproche cette affection de la pourriture d'hôpital et la considère comme de nature diphtérique.

En 1855, Charrier signale à l'autopsie de femmes mortes de fièvre puerpérale, « des plaques noires, tantôt molles, tantôt dures, à la face interne des grandes lèvres, au vestibule, rarement à la commissure antérieure du périnée. » Ces lésions coïncidaient avec la lymphangite et la plébite utérines. Il était donc impossible de leur attribuer un rôle quelconque dans l'infection puerpérale.

Boussuge, en 1860, s'attache à contester la nature diphtérique de l'épidémie observée par Chavanne et Bouchacourt. Il désigne cette affection sous le nom de diphtéroïde vulvaire ou inflammation ulcéro-membraneuse. Il veut la rapprocher, par cette désignation, des manifestations morbides de même aspect, observées sur d'autres muqueuses.

La même année, S. Témoin, dans sa thèse inaugurale, signale la coïncidence de fièvres puerpérales et d'escarres vulvaires. Quatre ans après, Béhier fait la même remarque dans ses cliniques médicales. Ni l'un ni l'autre n'en tire la moindre conclusion.

Hervieux, en 1870, parle longuement des dépôts pultacés ou pseudo-membraneux qui apparaissent sur la déchirure de la fourchette. Un examen plus complet lui fait découvrir les escarres profondes « de l'entrée du vagin ». Il distingue les dépôts pultacés assimilables à la pourriture d'hôpital et à la diphtérie vulvaire vraie. Il traite aussi de la vulvite gangréneuse à escarres noirâtres profondes.

La thèse de Vaillard, en 1873, a pour sujet une épidémie qui éclata à la clinique et força M. le professeur Depaul à en faire évacuer les salles. Les lésions et les symptômes rappellent l'épidémie relatée par Chavanne. Mais l'auteur n'admet pas la nature diphtérique des escarres. Il n'assi-

mile pas non plus les dépôts grisâtres observés à la pourriture d'hôpital. Il en fait une manifestation spéciale de la gangrène. A ce propos il rappelle l'avis émis par Raynaud dans le dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques : la gangrène superficielle des plaies affecte volontiers un aspect gris terne qui n'est ni la pourriture d'hôpital ni la diphthérie.

En 1875, commence une nouvelle période. Jusqu'alors on a étudié les petites escarres de la vulve surtout par curiosité. Les auteurs considéraient la gangrène à escarres blanches ou noires comme une manifestation de l'état général morbide. Le sphacèle de la muqueuse et les ulcérations consécutives n'avaient aucune importance. Elles étaient symptomatiques du mal qui avait envahi l'organisme.

Cependant, une modification commençait à se produire dans les idées. Sœmmelweiss fut le premier à attribuer une réelle importance aux lésions qui font l'objet de notre travail. De 1847 à 1861, il professa que l'infection puerpérale pouvait être engendrée par les petites plaies superficielles des organes génitaux.

En 1863, M. Charpentier, dans sa thèse inaugurale, signalait parmi les causes qui peuvent déterminer la fièvre après l'accouchement, les escarres du vagin et de la vulve. Cette notion fut méconnue en France.

Schroeder (Université de Bonn) accepte l'opinion de Sœmmelweiss. Les lésions de la vulve et du vagin sont le point de départ de l'infection aussi souvent que la plaie placentaire. Dès ce jour, les escarres méprisées prennent une importance incontestable.

En Allemagne, la thèse soutenue par le maître est bientôt

confirmée. On crée une expression pour désigner ces dangereuses lésions : ulcérations puerpérales.

En France, en 1876, Bousseau distingue trois formes de lésions puerpérales à la vulve : diphtérie, inflammation diphtéroïde ou pultacée, et gangrène. Il persiste à considérer la vulvite pultacée comme une manifestation de l'infection générale.

La même année, Letard s'engage dans la nouvelle voie ouverte par les travaux étrangers. Il s'appuie sur les recherches d'Espine et de Schröder pour reconnaître l'absorption des produits infectieux par les plaies de la vulve comme cause des accidents puerpéraux en certains cas,

En 1883, M. Charpentier revient sur l'opinion exprimée dans sa thèse de 1863 : « Le point de départ de la maladie se trouve aussi bien dans la plaie utérine et dans les petites plaies superficielles des organes génitaux que dans les lésions du tissu cellulaire périutérin, ou que dans le vagin. »

Siredey, dans son traité des maladies puerpérales (1884), fait une étude magistrale de la lymphangite des organes génitaux. Il reconnaît que les plaies de la vulve ou de la partie inférieure du vagin peuvent devenir le point de départ d'une lymphangite des organes génitaux externes. Il décrit cette affection avec une grande précision et termine en faisant remarquer que les vaisseaux profonds peuvent être envahis. L'angioleucite se propage à l'aîne, à la fosse iliaque et gagne le péritoine.

Depuis cette époque, Vidal seul a ajouté une notion nouvelle à l'étude des escarres de la vulve. Il rejette complètement les dépôts pultacés hors du cadre de la diphtérie.

SYMPTÔMES

Symptômes généraux. — Chavanne et Vaillard s'accordent pour faire débiter l'affection qu'ils étudient par un malaise général très accentué. Il est remarquable que l'un et l'autre décrivent une épidémie : peut-être cette circonstance a-t-elle suffi pour donner aux symptômes une intensité semblable.

« Le lendemain de l'accouchement le plus simple et le plus naturel, la nouvelle accouchée, même la mieux constituée, présentait un accablement général, une lassitude insolite. Elle était triste, taciturne, indifférente ; son visage exprimait ces sentiments ; mais cet état du facies n'allait pas jusqu'à l'hébétude typhoïde. La malade ne se plaignait de rien, et n'éprouvait pas le besoin de prendre de la nourriture. Une constipation même opiniâtre a été notée dans le plus grand nombre de cas.....

« En même temps, la peau ne présentait pas cette moiteur habituelle des femmes en couches ; elle était sèche, mais non brûlante ; la température ne se trouvait en aucune manière accrue. » (Chavanne).

L'auteur n'appréciait pas la température au moyen du thermomètre : il eut sans doute constaté de l'hyperthermie chez ses malades.

Il est à remarquer combien l'invasion était rapide dans cette épidémie de 1851. Les symptômes généraux « apparaissaient le lendemain de l'accouchement le plus naturel. » Il y a là une forte présomption en faveur d'une intensité exceptionnelle du virus en cause.

L'état général morbide décrit plus haut, paraît avoir été très caractéristique. L'auteur dit quelque part qu'il lui était possible, dès son apparition, « de reconnaître ou de prévoir sûrement l'invasion de la gangrène épidémique chez une nouvelle accouchée. »

Vaillard est bien moins affirmatif :

« Dans presque tous les cas que nous avons pu étudier, cette première période de l'affection gangréneuse était précédée ou accompagnée de symptômes généraux évidents ; quelquefois cependant ils étaient tellement fugitifs ou peu manifestes, qu'ils ont pu, dans les cas où leur absence a été notée, éluder nos observations. »

Cependant « lorsque la gangrène avait déjà pris place sur les parties génitales, nous observions dès les premiers instants, certains symptômes à peu près constants et qui n'étaient qu'une exagération des prodromes : un malaise général, de l'abattement, une figure indifférente, taciturne, principalement une insomnie tenace qui n'a jamais fait défaut ; la langue parfois humide et blanche, était parfois aussi un peu sèche et jaunâtre. Il y avait de l'inappétence et parfois des envies de vomir ; la constipation était ordinaire. L'utérus souvent ne revenait pas sur lui-même, comme il le fait dans les conditions normales des suites de couches : il restait encore élevé..... Presque constamment nous avons trouvé un petit mouvement fébrile. » (Vaillard.)

Quelques observations de cet auteur ont porté sur des cas d'infection puerpérale par la plaie placentaire. Le défaut de régression utérine le prouverait d'une manière absolue si la lecture des observations n'y suffisait pas. Ce signe manque chaque fois que la gangrène est restée limitée à la vulve et au vagin sans être accompagnée de péritonite.

Bousseau n'apporte pas de modifications notables à ces descriptions.

Les résultats de nos observations sont un peu différents. Les escarres de la vulve ne nous paraissent ni précédées ni accompagnées de symptômes aussi accentués.

L'affection est signalée par une élévation de température qui survient vers la fin du deuxième jour, ou dans le courant des troisième ou quatrième jours après l'accouchement. Elle varie entre 38° et 39° et peut aller jusqu'à 40°. Les malades ne semblent pas affectées. Elles conservent parfois l'appétit et passent de bonnes nuits. La plupart accusent de la céphalée. Les seins sont gonflés, chauds, mais rarement douloureux. La peau est sèche, le pouls accéléré. L'abdomen est indolent et l'utérus revient sur lui-même d'une façon régulière. Nous signalons ce fait comme très important pour le diagnostic.

Quand l'état général s'aggrave, la femme est indifférente, ne s'inquiète plus de son enfant, la physionomie n'exprime plus ni plaisir, ni émotion; les visites, les questions ne la tirent pas de la stupeur; l'appétit ne s'éveille plus; la céphalée est continuelle; la fièvre est intense et la température dépasse 39°. Cet ensemble de signes doit alarmer le médecin. Il est probable que l'infection a trouvé une porte d'entrée plus large et plus facile que de simples excoriations :

la plaie utérine. En effet, le ventre est ballonné, douloureux à la pression, l'utérus reste gros et sensible.

Symptômes locaux. — En général l'attention est attirée sur les lésions locales par les phénomènes généraux. L'hyperthermie est le signe le plus évident. Le médecin en recherche la cause; il dirige ses investigations du côté de l'abdomen et ne trouve aucun signe d'infection utérine. Rassuré, il pense à écarter les grandes lèvres et à examiner l'arrière vulve, « l'entrée du vagin » suivant l'heureuse expression d'Hervieux. La malade le met souvent sur la voie : elle se plaint que les irrigations vaginales lui causent une cuisson très-vive dans ces parties. Parfois les lèvres, petites ou grandes, suivant les cas, sont oedématisées, rouges. Leur face muqueuse porte alors des escarres. Mais le plus souvent la lymphangite n'a pas eu le temps de les envahir : elles ne présentent aucune altération extérieure. Pour remarquer ces lésions, il faut que l'œil y soit exercé. Elles se dissimulent dans les replis muqueux, sous les lochies. Leur teinte sombre ou d'un blanc douteux ne les signale pas. Au début, on les reconnaît surtout en promenant le doigt sur la surface muqueuse : la malade sent une cuisson vive, elle se plaint ou fait un mouvement de recul. Un examen attentif révèle l'existence de l'escarre.

Elle est marquée par une tache noire ou par une plaque grisâtre. Ce sont les deux formes de la même affection, Elles se combinent parfois en proportions variables. Alors le centre est sphacélé, noirâtre, les bords pultacés et un liseré rouge foncé ou rose vif limite la lésion.

L'escarre proprement dite est représentée par la tache

noire ou grise. Le liseré inflammatoire marque le sillon d'élimination.

Mais cette description se rapporte à la lésion constituée, telle que le praticien la voit quand les phénomènes généraux lui ont signalé l'existence d'une brèche dans le revêtement épithélial de la muqueuse génitale. L'escarre est déjà formée.

Elle a été précédée par une altération des tissus, par une ecchymose caractéristique signalée par Chavanne :

« Deux jours en moyenne après l'accouchement, quelque fois le lendemain même, tuméfaction de la vulve, occupant surtout les grandes lèvres; elle n'était pas généralement accompagnée de douleurs : c'était un gonflement plutôt œdémateux qu'inflammatoire. La muqueuse de l'entrée du vagin n'offrait pas, en effet, des traces de phlegmasie; on y distinguait seulement disséminés çà et là quelques points ecchymotiques, violacés, comme cela se remarque du reste après l'accouchement le plus normal. Cet état durait un, deux, rarement trois jours, sans que la femme s'en plaignit, et l'idée d'examiner les parties de la génération ne venait alors que quand la nouvelle accouchée présentait l'état général décrit plus haut; puis en quelques heures, du matin au soir, par exemple, des douleurs vives, cuisantes, se déclaraient à la vulve. Elles n'ont manqué dans aucun cas, très rarement elles sont survenues plus tôt. Elles coïncidaient avec l'apparition sur la membrane muqueuse qui double les grandes lèvres et tapisse l'entrée du vagin, de plaques plus ou moins étendues de couleur grisâtre, d'apparence pultacée, de forme irrégulière, occupant de préférence les points ecchymosés aux environs des caroncules

myrtiformes, plus souvent la face interne des grandes lèvres, et toujours la déchirure de la fourchette... » (Chavanne).

Nous ferons remarquer seulement combien ces signes locaux étaient plus accentués dans l'épidémie de Lyon que dans les cas rapportés dans nos observations.

L'épidémie de l'Hôpital des Cliniques paraît avoir affecté une forme un peu différente.

« Au début.... on remarquait, aux points où devait siéger l'eschare, une sorte d'ecchymose sous-muqueuse, violacée ou d'un gris ardoisé, plus ou moins régulière, de forme variable et dont les limites étaient celles qu'occupait plus tard la gangrène. La couleur de cette tache n'était pas partout uniforme : généralement, en un point que l'on pouvait regarder comme centre, elle présentait un petit espace jaunâtre, tranchant par sa coloration sur celle plus foncée de l'ecchymose.... »

« En même temps, autour de cette tache violacée, le reste de la muqueuse offrait une injection modérée ; et déjà on observait en ces points un endolorissement assez marqué.

« Le lendemain, des douleurs vives, cuisantes ou lancinantes se déclaraient dans les parties ; elles n'ont manqué presque jamais, et coïncidaient toujours alors avec un gonflement plutôt œdémateux qu'inflammatoire des nymphes, *excepté dans le cas où l'eschare a siégé uniquement dans les régions profondes du vagin*. Les petites lèvres, *surtout lorsqu'elles étaient affectées par la lésion*, s'œdématisaient promptement, augmentaient de volume et venaient faire issue en dehors de l'orifice vulvaire ; les grandes lèvres pourvues d'un tissu moins lâche se tuméfaient aussi, mais

dans des proportions moindres, et présentaient alors un gonflement assez notable pour rendre l'exploration de la vulve difficile et douloureuse. A ce moment, toutes ces parties étaient rouges, chaudes, tendues, sensibles au toucher, et si on arrivait à les écarter pour examiner leur face interne, on trouvait, au lieu de l'ecchymose de la veille, des plaques plus ou moins étendues, de couleur grisâtre, molles, humides, paraissant toujours comme gonflées; c'étaient les eschares gangréneuses parvenues à leur période d'évolution complète.....

« Les eschares exhalent alors une odeur gangréneuse infecte, que l'on a comparé à celle du fromage aigri, du fromage gâté; et elle est tellement caractéristique dans sa fétidité, que, sans examiner les parties génitales, nous avons pu, plusieurs fois, par l'odorat seul, reconnaître les femmes atteintes » (Vaillard).

Bouchacourt, à Lyon, par l'intermédiaire de Chavanne, avait signalé cette odeur fétide. Le premier, il a employé la comparaison reproduite par Vaillard.

Nous avons remarqué cette fétidité après ces auteurs. Mais leur comparaison nous a paru hasardée. Les anciens médecins n'aimaient pas les descriptions abstraites : ils s'efforçaient de trouver des images plus ou moins heureuses pour rendre les caractères appréciés. En outre, il nous semble difficile de porter un diagnostic d'après cette odeur. Nous avons senti parfois les lochies provenant d'affections puerpérales diverses : infection utérine entre autres. Il nous serait impossible de les distinguer à l'odorat de celles des escarres vulvaires.

Hervieux exprimait une opinion semblable, quand il écrivait dans son *Traité des maladies puerpérales* :

« L'endométrite putrescente peut donner lieu à des exhalaisons repoussantes très analogues, et hormis l'exploration par le toucher et par le spéculum qui offre des inconvénients, je dirai même des dangers réels, je ne connais aucun moyen de distinguer ces affections locales » (Hervieux).

Cette odeur se dégage-t-elle des escarres elles-mêmes ? Vaillard semble le croire. Leur surface est souvent recouverte par une sanie rosée, communiquant sa fétidité au doigt ou aux linges qu'elle souille.

L'apparition de cette sanie est pour nous un signe d'élimination prochaine de l'escarre. Chavanne sépare nettement « la période d'éruption » et celle d'élimination :

« Bientôt (au bout de deux ou trois jours environ), ces plaques se limitaient soit d'elles-mêmes..... ou par l'effet du traitement ; alors l'arrêt du mal était plus prompt, et la plaque pulpeuse se transformait, pour ainsi dire, en une eschare d'un gris jaunâtre, d'une consistance faible, ressemblant à un détritüs épais. La mauvaise odeur que nous avons signalée devenait d'une fétidité extrême. Autour de ces plaques gangrénées s'établissait visiblement, dans la membrane muqueuse, un travail inflammatoire éliminateur ; du pus se formait qui entraînait avec lui la partie mortifiée ».

Nous avons déjà signalé le liseré inflammatoire presque contemporain de l'escarre. La division des périodes indiquée par Chavanne nous paraît arbitraire. La réaction éliminatrice des parties voisines commence dès que le sphacèle d'un point de la muqueuse s'est déclaré.

D'autre part, nous n'avons jamais vu de pus entraîner les lambeaux mortifiés. Il est sans doute balayé par les injections vaginales fréquentes pratiquées dans les salles d'accouchées. Peut-être l'usage des topiques et des antiseptiques ordinaires empêche en une certaine mesure le développement des microbes pyogènes.

Vaillard décrit aussi une période d'élimination et ne manque pas de signaler la zone de réaction :

« L'eschare reste déprimée et une zone d'un rouge plus ou moins éclatant indique la limite précise entre le tissu mort et le tissu vivant. Ce cercle rouge inflammatoire s'arrête brusquement au niveau de l'eschare, mais du côté des parties encore saines, il s'éteint peu à peu. Bientôt, entre l'eschare et la zone rouge, un sillon s'établit qui se creuse aussi au-dessous de la partie mortifiée ».

L'auteur rapporte un curieux cas d'élimination de sphacèle total de la muqueuse vaginale :

« M. Depaul a vu un cas où la femme rendit un long tube constitué par la muqueuse vaginale détachée en bloc, et à laquelle adhérait le col de l'utérus lui-même, sectionné en quelque sorte par la gangrène. »

Après la chute de l'escarre, la surface mise à nu apparaît rouge, rosée, de bon aspect, quelquefois terne et grisâtre, quand il reste de la tendance à l'ulcération. En général, les phénomènes inflammatoires ne tardent pas à s'apaiser, l'œdème diminue, la tuméfaction et la rougeur de la muqueuse disparaissent, et, si la maladie marche bien, une suppuration louable s'établit.....

« Cette détersion des parties permettait enfin d'apprécier l'étendue et la gravité de la lésion. Parfois, plus étendue

en superficie qu'en profondeur, elle ne donnait lieu qu'à une perte de substance minime, d'une restauration facile et sans difformité bien apparente, elle léchait en quelque sorte les régions atteintes, sans trop retrancher de leurs formes ; d'autres fois, elle avait entamé la commissure postérieure, augmentant cet agrandissement de l'entrée des voies génitales que l'accouchement a déjà commencé ; dans quelques cas, la gangrène avait envahi les grandes et les petites lèvres, sur une profondeur si considérable, que l'élimination de l'eschare amenait par le fait même l'abrasion complète de la nymphé ; nous avons vu le périnée, de sa commissure antérieure à l'anus, et même autour de ce dernier, jusqu'au sacrum, ne former qu'une vaste plaie ; enfin, chez une femme actuellement dans les salles de la clinique, la chute de l'eschare a permis de reconnaître une perte de substance notable, établissant une communication entre le vagin et le rectum ; la gangrène, en effet, avait pris place sur la cloison recto-vaginale. » (Vaillard).

Les fistules vésico ou recto-vaginales après l'accouchement sont encore l'objet d'interventions chirurgicales plus ou moins heureuses. Mais les autres délabrements considérables signalés dans cette citation sont devenus rares. A ce point de vue, ce passage a surtout un intérêt rétrospectif.

Réparation. — Elle se fait par bourgeonnement. Après la chute de l'escarre elle est d'ordinaire rapide. La cicatrisation est très favorisée par l'humidité naturelle aux muqueuses et par la température égale et tiède du conduit génital.

Cependant Chavanne et Vaillard signalent des cas où la guérison était moins facile. Les plaies conservaient un

aspect terne, le bourgeonnement n'était pas actif. La vitalité des tissus paraissait compromise. Parfois de nouveaux dépôts pultacés se reformaient. Nous avons eu l'occasion d'observer cette réparation trainante dans un seul cas resté dans notre mémoire, l'observation n'ayant pas été prise à ce point de vue spécial. Il s'agissait d'une femme atteinte d'infection puerpérale partie de l'utérus. L'intoxication générale parut entraver l'évolution des lésions vulvaires. La cicatrisation ne fut terminée qu'après l'amélioration de l'état général.

Complications. — Elles sont peu nombreuses et surtout peu fréquentes. Chavanne et Vaillard ont signalé l'extension de la gangrène à l'utérus et la production de péritonite. Mais nous croyons qu'il serait difficile d'en trouver une observation contemporaine. L'évolution de la maladie est enrayée par la thérapeutique. Le sphacèle se borne aux points primitivement touchés et les éléments anatomiques voisins sont secondés dans leur lutte contre l'élément infectieux.

Une fois une hémorrhagie se serait produite à l'hôpital des cliniques lors de la chute de la muqueuse nécrosée. L'observation n'en est pas rapportée. Nous ne pouvons donc savoir s'il existait une prédisposition quelconque à cet accident.

Au moment où l'épidémie de 1873 était à son maximum d'intensité, on nota quelques cas d'infection purulente :

« L'étendue des surfaces suppurantes, et la présence sur ces plaies irrégulières, anfractueuses, de matériaux putrides, ont pu donner lieu à des accidents de résorption purulente ou putride. Ces cas que nous n'avons pu observer

nous-même, nous ont été signalés par le docteur de Soyre, qui a eu occasion de les constater pendant cette phase de l'épidémie (1) où les atteintes du mal étaient si répétées et si graves. » (Vaillard).

(1) Août 1873.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Après les symptômes devrait prendre place l'anatomie pathologique de l'affection que nous étudions, mais elle est faite en grande partie avec la description des signes locaux.

« L'ulcération diphtéroïdienne occupe le corps muqueux et les couches superficielles du derme du chorion, dans l'épaisseur duquel elle ne pénètre jamais bien profondément, car sa marche naturelle est de gagner en surface et non en profondeur. » (Boussuge.)

On nous reprocherait de ne pas exposer l'étude histologique et bactériologique des escarres vulvaires. Chavanne et Vaillard l'ont tout à fait négligée. Aucun travail moderne ne porte sur ce point. Vidal seul y fait allusion. Après avoir distingué une forme diphtéritique ou mieux pseudo-membraneuse de l'infection puerpérale, il ajoute :

« L'histoire de la forme diphtéritique de l'infection puerpérale ne doit pas non plus être confondue avec celle de la gangrène des parties génitales. Ce que Chavanne, et d'autres après lui, ont décrit en 1850, sous le nom de diphtérie gangréneuse de la vulve et du vagin, n'est que le sphacèle de ces parties recouvertes d'une couenne fibrineuse analogue à celle que l'on observe dans la pourriture d'hôpital. » (Vidal, Thèse de Paris, 1889.)

Ces renseignements sont bien incomplets et en outre, ne paraissent pas tirés d'une étude micrographique approfondie. Ce défaut de certitude est embarrassant pour établir la pathogénie de la maladie.

PATHOGÉNIE

Tous les auteurs qui ont traité le même sujet d'une manière directe ou indirecte, émettent des avis différents sur la nature des escarres, que nous étudions. Nous n'avons pas acquis plus de certitude que les anciens, malgré les progrès réalisés par la micrographie. Nous croyons intéressant de passer en revue les diverses hypothèses proposées : elles portent le reflet des doctrines médicales qui se sont succédées.

De la Motte (1764) attribuait la gangrène vulvaire à l'influence traumatique. Il fait remarquer que « ...les parties peuvent souffrir des contusions si violentes que la mortification y survienne, sans que le plus expérimenté accoucheur le puisse empêcher... L'usage et la disposition de ces parties ayant une entière disposition à la gangrène, à cause qu'elles ont beaucoup de chaleur et d'humidité, et qu'elles sont destinées à recevoir toutes les impuretés du corps. Et comme la contusion n'est autre chose qu'un froissement des parties charnues et membraneuses, qui ont été fortement serrées entre deux corps durs, c'est une nécessité que le vagin souffre cet accident, se trouvant pressé pendant un long espace de tems entre la tête de l'enfant et les os sacrum, ischion et pubis de la mère, dont la mortification peut s'en suivre... »

(Hervieux, Traité des accouchements, t. II, p. 1223 et suiv.)

Boivin et Dugès ajoutent à la contusion la notion d'épidémie. Ils avaient remarqué que les faits de gangrène vulvaire survenaient par séries dans les services ou les clientèles des accoucheurs,

A. Chavanne, relatant l'épidémie de Lyon, en 1850, croit à sa nature diphtéritique, tout en la rapprochant de la pourriture de l'hôpital. Il rappelle à ce sujet un fait curieux observé à l'hôpital de la Charité, à Lyon, par le Dr Montain :

« En 1815, la plupart des soldats blessés dans la défense de la ville de Lyon contre l'invasion étrangère, furent placés dans différentes salles de la Charité; la pourriture d'hôpital ne tarda pas à sévir contre ces malheureux, réunis en grand nombre; en même temps, dit M. Montain, les filles mères couchées dans le voisinage, furent affectées de gangrène de la vulve, du vagin et du col utérin. » (Chavanne.)

L'auteur ajoute plusieurs exemples pour prouver l'identité de la pourriture d'hôpital et de la diphtérie, de la diphtérie et de la gangrène vulvaire qu'il a observée. Il insiste sur l'apparition des dépôts blanchâtres à la déchirure de la fourchette.

Boussuge, en 1860, conteste l'identité de l'épidémie observée par Bouchacourt et Chavanne avec la diphtérie. Cependant il constate l'analogie des caractères anatomopathologiques et des allures cliniques des deux affections. Aussi il propose le nom de diphtéroïde ou inflammation ulcéro-membraneuse de la vulve. Il essaie d'établir l'analogie de cette ulcération de la muqueuse génitale et des angines et stomatites ulcéro-membraneuses. Le titre de son

travail indique d'ailleurs le rapprochement qu'il a conçu à la suite d'une étude approfondie de ces maladies à siège si différent.

Hervieux distingue deux formes de productions vulvaires d'apparence pseudo-membraneuse :

1^o Les dépôts pultacés, « jaunâtres ou grisâtres, productions sans consistance, sans organisation aucune, qu'il serait impossible de saisir avec une pince et de soulever à la manière d'une toile ou d'une membrane; productions qui, par conséquent, peuvent être assimilées avec raison à ce que l'on désigne sous le nom de pourriture d'hôpital. » Sous ce dépôt se trouve une surface ulcéreuse « en voie de destruction moléculaire. »

2^o La diphtérie vulvaire vraie.

Il admet encore une vulvite gangréneuse à escarres noirâtres situées à l'entrée du vagin. Toutes ces formes ne sont que la manifestation locale du poison puerpéral qui pénètre la malade.

Vaillard qualifie de gangréneuse la terrible épidémie qu'il a observée. Il apporte à l'appui de son opinion l'avis de quelques maîtres :

« Telle a été l'opinion émise par le professeur Depaul, dans les différentes leçons cliniques où il signalait cette épidémie..... Le professeur Chauffard, relatant à la Société des hôpitaux, les affections puerpérales qui s'étaient montrées dans son service, signale également celle que nous traitons, sous le titre de gangrène de la vulve; enfin le professeur agrégé Bailly, observant à la clinique ces lésions des parties génitales, les rapportait aussi à la gangrène. » (Vaillard.)

L'auteur discute l'opinion de Chavanne. Il montre com-

bien la description laissée par celui-ci se rapporte à des lésions gangréneuses, et il évoque l'autorité de Trousseau pour prouver qu'elles n'avaient rien de diphtéritique :

« Trousseau décrivant les altérations anatomiques de la diphtérie dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, insiste sur ce fait que la muqueuse au-dessous des fausses membranes est parfaitement saine, à cela près de la destruction de l'épithélium ; si elle paraît parfois creusée, c'est qu'autour de l'ulcération elle est tuméfiée et forme une sorte de bourrelet. L'ulcération est un fait exceptionnel. » (Vaillard.) Les lésions décrites par Chavanne, présentent-elles des caractères conformes à ce signalement de la diphtérie ? Nullement, et Vaillard conclut qu'elles ne sont pas diphtéritiques.

A son avis, l'opinion de Boussuge n'est pas mieux fondée. La diphtéroïde est une entité factice, distincte de la gangrène. Or les escarres blanches de la vulve sont des produits gangréneux.

Bousseau établit une différence très nette entre la diphtérie vraie qui est rare à la vulve, la vulvite pultacée constituée par les escarres blanches et la gangrène caractérisée par les escarres noires.

La vulvite pultacée de Bousseau n'est que la diphtéroïde de Boussuge. L'auteur en convient de bonne grâce. Il donne de meilleures raisons que Vaillard pour repousser la nature diphtéritique de cette affection. Après avoir discuté les caractères macroscopiques, il ajoute :

« Enfin, il est bien étrange qu'une maladie aussi grave que la diphtérie, quand elle frappe d'autres parties, perde tout à coup sa malignité quand elle atteint ces organes chez des femmes affaiblies, sous le coup d'une infection générale,

au point de ne jamais amener la mort que par des complications..... La diphtérie est une maladie extensive par excellence, qui, débutant généralement par le larynx ou le pharynx peut frapper les muqueuses, les plaies ; il est bien étonnant que jamais on n'ait vu celle qui commencerait par les organes génitaux s'étendre à d'autres points du corps que ceux qu'elle peut contagionner directement. » (Bousseau.)

L'auteur conclut en définissant la vulvite pultacée :

« Une maladie naissant sur des plaies ou des contusions et caractérisée par une inflammation membraniforme pultacée se rapprochant à la vue des fausses membranes de la diphtérie, mais en différant essentiellement par ses caractères et sa nature. » (Bousseau.)

Siredey est très explite quand il expose la pathogénie des escarres de la vulve :

« Quant aux exsudats grisâtres pultacés ou pseudo-membraneux qui recouvrent les plaies de la vulve ou du vagin..... les mauvaises conditions dans lesquelles se trouvent placées les solutions de continuité des parties génitales, exposées sans cesse au contact des lochies ou des écoulements purulents qui viennent de la profondeur, nous paraissent expliquer suffisamment leur production. Il s'agit simplement pour nous de plaies mal entretenues et présentant des accidents que l'on peut rapprocher de la pourriture d'hôpital. » (Siredey, Les maladies puerpérales.)

Nous ne ferons que citer le travail de Garrigues intitulé puerperal diphtheria. Peut être l'auteur a-t-il confondu les exsudats pultacés et les fausses membranes.

Enfin nous avons déjà exposé l'opinion de Vidal. Il admet

sans démonstration l'identité des escarres blanches et de la pourriture d'hôpital.

Que résulte-t-il de cette longue énumération d'avis divers?

Il nous semble qu'elle peut être résumée en quelques mots.

Il existe des escarres vulvaires de deux espèces :

1° Escarres noirâtres gangréneuses ;

2° Escarres blanches ou grises diphtéritiques, pultacées ou gangréneuses suivant les auteurs.

Aucun ne s'explique nettement sur leur mode de production. Sont-elles des débris laissés par la mortification de la muqueuse ou des fausses membranes d'origine infectieuse? On y a trouvé des bactéries comme dans les lochies. Mais nous n'avons pu découvrir un travail déterminant le rôle de ces bactéries dans la production des escarres.

Il paraît évident que le traumatisme subi par la vulve et par la fourchette détermine une lésion ulcéreuse. Ce traumatisme est-il toujours la compression? Nous admettons que ce peut être aussi la distension ou le décollement de la muqueuse. En effet, ces lésions surviennent après les accouchements les plus faciles en apparence, sans que la tête ait séjourné sur les régions qui seront le siège d'escarres. Mais il ne faut pas oublier que la lésion commence par une tache rouge ou violacée, ecchymose ou point d'inflammation. Il y a eu selon toute probabilité contusion ou mieux froissement. La vitalité de la muqueuse a été d'abord compromise par un traumatisme ; la nécrose est consécutive.

Le passage continu des lochies, les irrigations vaginales, les frottements répétés suffisent à entraîner les portions inertes de la muqueuse et les couches vivantes réparent la brèche.

La production de ces escarres s'accompagne de phénomènes généraux. Ils prennent parfois les caractères de l'infection puerpérale, comme il résulte des observations de Sœmmelweiss, de Charpentier (thèse de 1863) et de Schröder. Nous avons montré combien les anciens accoucheurs négligeaient les petites lésions des organes génitaux. Sœmmelweiss le premier les a considérées comme pouvant être le point de départ de l'infection puerpérale. Charpentier leur a attribué quelques un des accidents fébriles autrefois rattachés à la fièvre de lait. En 1883 le même auteur expose magistralement les idées en cours sur cette question :

« Presque tous les auteurs veulent voir dans la plaie utérine seule le point de départ des accidents infectieux. Nous croyons avec Schröder, Spiegelberg et autres, que les *lésions de la vulve*, celles du vagin, et surtout celles du col, sont au moins aussi souvent le point du départ de l'infection, que la plaie placentaire elle-même; c'est ce qui explique la fréquence incontestablement plus grande de la septicémie puerpérale chez les primipares que chez les multipares. »

Comment l'infection se généralise-t-elle à l'organisme? Voici la réponse de Charpentier :

« Les veines et les lymphatiques sont en effet les grandes voies de diffusion du germe infectieux, et bien avant que l'on y eut constaté la présence directe des micrococci, les auteurs avaient signalé le rôle capital que jouaient les vaisseaux dans le drame puerpéral; les deux théories de la phlébite ou de la lymphangite ont divisé longtemps les accoucheurs et il suffit de rappeler les travaux de Dance, de Béhier, de Hervieux sur la phlébite, et ceux plus récents de

Lucas-Championnière, Siredey, Fiouppé, Augé, etc. sur la lymphangite. » (Charpentier, traité des accouchements.)

Plus loin, l'auteur cite longuement Schroeder qui, en 1875, compare l'infection des accouchées à celle des individus qui portent une petite plaie, une piqure contaminée : une lésion minime est le point de départ de phénomènes généraux graves.

Siredey après avoir décrit la lymphangite des organes génitaux externes chez les accouchées, ajoute :

« Nous ne nous y arrêterions pas, si nous n'avions en vue surtout les accidents graves qui peuvent en résulter dans quelques cas exceptionnels. Nous voulons parler de l'envahissement des vaisseaux profonds et de la propagation de l'angioleucite de l'aîne à la fosse iliaque, d'où l'inflammation gagne le péritoine. »

En somme, les phénomènes généraux peu sérieux relatés dans nos observations paraissent avoir leur point de départ dans les ulcérations vulvaires. Elles offrent une porte d'entrée aux germes ou à leurs produits.

ETIOLOGIE

Vaillard a fait une étude très soignée des causes qui peuvent engendrer les accidents que nous avons décrits. Son énumération reste vraie et complète.

La primiparité est une condition individuelle très importante. La plupart des malades observées étaient à leur premier accouchement. Cette particularité s'explique si l'on fait attention que le traumatisme est la cause première des escarres vulvaires. Il est favorisé par la résistance des tissus maternels.

Par contre, il ne nous paraît pas démontré que les escarres soient plus fréquentes dans les cas de dystocie, où l'intervention de l'accoucheur est devenue nécessaire. Les observations rapportées par les auteurs et par nous-même semblent prouver la grande fréquence des escarres vulvaires à la suite des accouchements rapides et faciles.

Ce sont là d'ailleurs des causes purement mécaniques : elles rendent compte seulement du sphacèle de la muqueuse. Il faut encore faire intervenir toutes les causes d'infection pour expliquer les phénomènes généraux.

Nous avons insisté avec intention au chapitre des symptômes sur les épidémies décrites par Chavanne, Vaillard, Bousseau et les cas observés par nous à la clinique. Cette

comparaison permet de croire à une atténuation du virus par les soins antiseptiques. Nous ne voyons plus les salles évacuées pour fuir le germe mortel. Il est probable que les conditions météorologiques (Chavanne) et surtout hygiéniques, créaient un terrain favorable à l'éclosion d'une épidémie dont on ne pouvait ni ne savait limiter le développement.

Chavanne admettait déjà la contagion par transport des germes :

« Nous ne manquerons pas de signaler un cas bien remarquable de transmission de la diphtérie gangréneuse, hors du foyer épidémique, à une jeune dame accouchée en ville, par M. Bouchacourt, à l'époque où le chirurgien en chef de la Charité examinait, touchait, cautérisait tous les jours dans son service des accouchements, les malades atteintes de l'affection épidémique. »

Chavanne rapporte tout au long l'observation de cette dame, communiquée par M. Bouchacourt. Elle ressemble point pour point à celles prises à l'intérieur de la Charité. L'identité entre ces cas et ceux observés dans le foyer épidémique ne fait pas de doute. L'auteur ajoute les réflexions suivantes :

« Mais par quelle voie la transmission s'est-elle effectuée? est-ce par le doigt de l'accoucheur, par quelque partie de ses vêtements ainsi que Delpech avait cru transmettre la pourriture de l'hôpital? La parturition avait été facile; la nouvelle accouchée se trouvait dans les conditions hygiéniques les plus opposées au développement des maladies septiques, putrides, de mauvaise nature. Nous n'avons pas cru voir dans ce fait de l'apparition chez elle de la diphtérie gangréneuse une simple coïncidence; aussi ne crai-

gnons-nous pas de lui attribuer quelque valeur. » (Chavanne.)

Actuellement nous avons remarqué à la Clinique de la rue d'Assas que les cas de cette affection apparaissaient en séries, comme par petites épidémies. En outre, ses allures cliniques la font rattacher aux maladies d'origine microbienne, au moins en ce qui concerne les phénomènes généraux qui la rendent intéressante pour le médecin: L'éraillure déterminée par une action mécanique, ne serait qu'un accident insignifiant si elle ne devenait l'occasion d'un mouvement fébrile par pénétration d'agents septiques.

On s'étonnera qu'il y ait encore de l'infection si bénigne qu'elle soit, dans le service de M. le professeur Tarnier. Il faut rechercher comment le virus en cause dans les escarres vulvaires déjoue les précautions minutieuses prises contre les contaminations de toute nature.

Tout d'abord remarquons combien il est rare de voir dans la plupart des autres services obstétricaux la moindre réaction fébrile chez les femmes accouchées et prenant son point de départ dans les voies génitales. Au contraire, nous avons pu en réunir sept cas non douteux en moins de trente jours. Il doit donc exister une condition spéciale à la Clinique pour expliquer cette anomalie.

Deux catégories d'élèves examinent les femmes enceintes, en travail ou accouchées et s'initient à la pratique des accouchements dans le service: ce sont les étudiants en médecine et les élèves sage-femmes.

Les premiers sont de longue date habitués à la pratique de l'antisepsie. Ils ont fréquenté les services de chirurgie et leur éducation est complète à ce point de vue. Ils savent

trop combien leur adversaire est subtil. Près de la fin de leurs études, ils ont déjà conscience de la responsabilité médicale. Ils apportent un véritable zèle à prendre toutes les précautions inspirées par les découvertes modernes. Nous avons entendu M. le professeur Tarnier se louer de l'application que mettent ses élèves à écarter tout danger des femmes admises dans son service. Nous ne craignons pas d'invoquer son témoignage en cette circonstance.

Quant aux élèves sage-femmes, leur zèle pour l'antisepsie laisse parfois à désirer. Elles connaissent leur ennemi de nom seulement et ne savent pas combien il est habile à échapper aux armes dirigées contre lui. La plupart considèrent les précautions exigées comme des pratiques fastidieuses. Elles cherchent à s'y soustraire comme les collégiens à la discipline scolaire. La surveillance est cependant étroite, mais est-il possible à une seule personne d'avoir pendant toute la nuit l'œil sur les moindres faits et gestes de dix à quinze élèves occupées autour de deux ou trois femmes en travail ? Une négligence passe facilement inaperçue et plus tard elle se révèle par de fâcheuses conséquences.

Un fait personnel viendra appuyer nos assertions. Nous avons vu une élève sage-femme pratiquer le toucher après avoir porté les mains sur divers objets non aseptiques et les avoir passées sous le filet de sublimé en solution, qui coule des lavabos, avec une précipitation qui rendait cette formalité un vain simulacre de précaution.

Peut-être cette élève s'était-elle trouvée dans la journée en contact avec des malades en état de puerpéralité morbide. Il en est un certain nombre qui sont amies ou parentes de sage-femmes qu'elles assistent dans l'exercice de leurs

fonctions. On connaît les conditions sanitaires de la plupart des maisons privées d'accouchements, véritables repaires de l'infection, où, chassée de partout ailleurs, elle trouverait un refuge assuré. Il n'est pas étonnant que tous les germes septiques nous reviennent par les mains et les vêtements des personnes qui les fréquentent.

Ce sont encore ces élèves qui seront chargées de la toilette vulvaire de toutes les accouchées exposées par ce fait même à de nouvelles chances de contamination.

Enfin, il est évident que les risques d'infection pour une accouchée sont en raison directe du nombre des mains qui ont pénétré dans ses voies génitales. Or, une femme en travail arrivée à la fin de la journée ou de la nuit, est examinée par la série d'étudiants ou d'élèves sage-femmes présente au moment de son entrée à la salle d'accouchement. Quelques heures plus tard une nouvelle série vient relever la première et l'examen recommence.

L'école des sage-femmes à la Clinique de la rue d'Assas est donc un danger permanent pour les femmes admises. Il ne faut pas s'étonner si les débuts d'infection vulvaire, vaginale ou autre sont relativement fréquents. Sans la surveillance exercée avec un zèle infatigable et le dévouement du personnel, on aurait à déplorer les plus terribles malheurs.

On nous objectera peut être qu'il existe à Paris une autre école de sage-femmes, contre laquelle on n'a pas encore formulé des accusations si graves. En effet, ces élèves sont internes et ne peuvent aller chercher au dehors les germes des maladies puerpérales.

PRONOSTIC

Il est presque sans gravité. Nous n'avons observé que des cas bénins. Toutes nos malades sont sorties guéries et leur état nous a rarement inspiré de sérieuses inquiétudes.

En serait-il de même si l'affection évoluait sans être contrariée? L'expérience en serait dangereuse. Nous avons à combattre nos ennemis les plus redoutables, les bactéries et le streptocoque en particulier. Il serait téméraire de les laisser s'introduire en paix. Les observations recueillies dans les travaux anciens démontrent la possibilité d'une infection grave, mortelle, étendue à l'utérus, au petit bassin. Nous croyons que le médecin est le maître de la situation dès l'apparition des premiers symptômes. Plus tard il serait peut-être impuissant.

Donc le traitement doit être institué de suite, il doit être énergique, sans trêve. A ce prix le triomphe est assuré et nous pouvons promettre un prompt rétablissement à nos malades.

N'oublions pas cependant les avertissements de Scœmmelweiss, Schröder et Charpentier. Toute plaie, si petite qu'elle soit, peut être une porte d'entrée pour l'infection puerpérale.

TRAITEMENT

Les anciens auteurs avaient en vue les gangrènes de la vulve très apparentes. La thérapeutique qu'ils leur opposaient était à peu près impuissante contre une affection aussi grave. Cependant il faut remarquer le traitement institué par De La Motte. Il est à la fois général et local :

« ... Le grand soin, le bon régime, les injections et fomentations détersives, confortatives et spiritueuses, capables de résister à cette terrible corruption, détergèrent, modifièrent et cicatrisèrent si bien les ulcères et les excoriations que toutes les parties se réunirent et revinrent dans leur premier état, faisant leurs fonctions ordinaires en moins d'un mois... » (De La Motte. Traité des accouchements).

Bouchacourt tonifie les femmes tant que la fièvre puerpérale ne s'est pas établie. Localement ce maître cautérisait à l'acide chlorhydrique, dont les propriétés antiseptiques ont été reconnues à notre époque.

« Du reste, M. Bouchacourt n'a eu qu'à se louer du choix de ce médicament topique; il l'a trouvé essentiellement délimitateur de la gangrène, et modificateur de l'inflammation spéciale qui lui avait donné naissance. Dans tous les cas il détruisait presque entièrement l'odeur fétide que nous avons signalée, et faisait cesser, comme par enchantement,

au bout de dix minutes en général, la douleur excessivement vive et cuisante, attachée à l'éruption diphtérique. » (Chavanne).

Delpech (de Montpellier) portait le fer rouge sur l'ulcération.

Bonnet (de Lyon) employait le chlorure de zinc. Il « absorbe l'humidité des parties avec promptitude, il forme un composé insoluble avec l'albumine et décompose les produits putrides. » (Hervieux.)

Hervieux appliquait un pansement composé d'une éponge imbibée d'une solution de chlorure de chaux au 1/15, 1/12 ou 1/10. On renouvelait toutes les deux ou trois heures.

Vaillard rapporte que Depaul modifiait l'état général à l'aide de divers toniques (vin de quinquina, vin généreux, nourriture fortifiante). Comme traitement topique, il « se borna simplement aux moyens suivants : injections vaginales avec de l'eau de guimauve, propreté extrême et pansements répétés, consistant dans l'application sur les points gangrenés de charpie imbibée de vin aromatique; si l'odeur gangréneuse était trop infecte, on faisait des injections d'eau phéniquée, et on recouvrait l'eschare de poudre de charbon et de quinquina. » (Vaillard).

Ces divers traitements ont fait leur temps. Nous possédons des moyens plus actifs et moins douloureux inspirés par les études modernes sur les agents antiseptiques.

Est-il besoin de traiter de la prophylaxie? Pour éviter l'escarre, il faudrait supprimer le traumatisme. Nous ne le pouvons pas. Cependant l'escarre n'est dangereuse que comme porte d'entrée pour les germes infectueux. Cherchons donc à prévenir les phénomènes généraux, l'infection

proprement dite. Il n'y a pas lieu de décrire ici l'antisepsie et l'asepsie obstétricales, et nous nous contentons de signaler leur application au cas particulier.

Le traitement général ne nous retiendra pas longtemps. La femme accouchée, même en bonne santé, doit être alimentée, fortifiée, tonifiée. Le régime est un mode d'antisepsie.

Notre attention est surtout attirée par le traitement local, tout à fait spécial à l'affection que nous étudions. Les anciens modifiaient les escarres et les ulcérations par des liquides caustiques et irritants. Nous suivons leurs traces, mais nous employons des agents mieux appropriés à notre but.

Les caustiques sont à peu près inutiles. Nous ne tenons pas à détruire l'escarre, mais à favoriser son élimination. Il nous faut un liquide irritant et antiseptique : la teinture d'iode est tout indiquée. De fait, elle est un agent très énergique et sans danger. Un seul reproche est à lui faire : son application est douloureuse. Aussi M. le docteur Demelin, chef de clinique de M. le professeur Tarnier, ne manque pas de tenir pendant quelques minutes un tampon de ouate hydrophile imbibée d'une solution de cocaïne contre la surface badigeonnée. La teinture d'iode détermine une vive cuisson qui agite et fait crier les malades. L'anesthésique les calme à l'instant.

Cependant les applications iodées trop répétées déterminaient des accidents irritatifs fort gênants. D'autre part il faut souvent modifier la surface ulcérée. La glycérine créosotée à 1 p. 10 employée en badigeonnage, est pour cette raison un topique fort utile et pas très douloureux. Il a une

action assez peu irritante et cependant énergique. On doit en faire usage pour espacer les applications iodées ou même pour les remplacer tout à fait quand la cicatrisation est en bonne voie.

Il est nécessaire de laisser à demeure un pansement simple, rapide à faire, qui isole la surface ulcérée. La poudre d'iodoforme remplit ces desiderata. Si l'on craint son odeur pénétrante, désagréable aux malades et aux familles, on peut sans inconvénient, je crois, lui substituer la poudre de salol.

En outre, il ne faut pas négliger les irrigations vaginales qui balayent les lochies, atténuent la virulence des microbes, entraînent les portions d'escarres détachées et nettoient les ulcérations.

En résumé, voici le traitement complet en usage dans le service de M. le professeur Tarnier :

1° Injections vaginales chaudes, au sublimé (0,20 p. 1,000) ou à la microcidine (4 p. 1,000), plus fréquentes que dans les cas de suites de couches normales.

2° Le soir, attouchement des escarres ou des ulcérations à la teinture d'iode. On emploie une boulette de ouate hydrophile montée sur une petite baguette, trempée dans la teinture d'iode, et dont on chasse par pression sur les bords du verre l'excédent de liquide qui pourrait tomber sur la literie ou la malade.

Aussitôt après on applique sur l'ulcération un tampon de ouate hydrophile imbibée d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 p. 100.

3° Le matin, attouchements à la glycérine créosotée (1 p. 10), avec les mêmes précautions que précédemment.

4° Dans l'intervalle des pansements, la plaie est largement saupoudrée d'iodoforme impalpable. La vulve est recouverte par une pièce de ouate hydrophile maintenue en place à l'aide d'un bandage en T, comme il est d'usage à la Clinique.

OBSERVATION I

(III^e obs. de Charanne.)

Marie-Julienne M..., âgé de 25 ans, couturière, demeurant à Lyon ; tempérament lymphatique, constitution moyenne, primipare ; bonne santé pendant la grossesse ; réglée à 17 ans ; menstrues abondantes, régulières toutes les trois semaines ; accouche à terme d'un garçon bien portant, en première position de l'occiput, le 9 février. Le vrai travail avait commencé le matin du même jour ; délivrance normale.

Le 12 février, la fièvre de lait ne se déclare pas encore. Depuis l'accouchement, affaissement moral, accablement, lassitude que rien n'explique ; la malade a perdu très peu de sang ; les lochies sont encore sanguinolentes ; pas de moiteur ni de chaleur à la peau ; il n'y a pas eu de frissons ; ventre non douloureux, matrice de consistance et de volume normalement proportionnés à l'époque des couches ; le pouls est mou, peu accéléré (70 pulsations). On soupçonne la présence de la gangrène épidémique, on examine les parties génitales ; odeur caractéristique (mentionnée plus haut), gonflement des grandes lèvres ; on découvre à leur surface interne des plaques pultacées, grisâtres, qui se touchent par

leurs bords, de manière à occuper toute la longueur des grandes lèvres. A l'entrée du vagin, sur les côtés, on en voit de semblables, de la largeur d'une pièce de deux francs ; la fourchette est aussi envahie. Elles provoquent, depuis la veille, des douleurs cuisantes, que la malade n'avait pas osé déclarer. On cautérise immédiatement avec l'acide chlorhydrique ; insensibilité d'abord, puis douleur âcre et brûlante, que la charpie huilée apaise. Lotions avec la décoction de guimauve et de quina ; potion sirop diacode, 30 grammes.

Le 13 février. Douleurs moindres, eschares limitées. — Même prescription à l'intérieur.

Le 14 février. On cautérise de nouveau ; le gonflement des grandes lèvres a disparu, un peu d'inflammation autour des eschares ; commencement de tuméfaction des seins, mais faible et plus marquée à droite qu'à gauche ; peau un peu chaude, pouls à 80 ; cependant affaissement général moindre. Potion d'acétate d'ammoniaque, 1 gramme ; même pansement.

Le 15 février. La tuméfaction des seins reste stationnaire ; les eschares se détachent sous forme de bouillie pulpeuse, épaisse ; pus de bonne nature autour d'elle ; lochies normales, état général meilleur, appétit.

Le 16 février. L'amélioration continue, quelques eschares sont entièrement tombées, plaies de bon aspect. Pansement avec de la charpie cératée. Constipation depuis l'accouchement. Lavement huileux.

Le 17 février. Plus d'eschares, bourgeons charnus et pus de bonne nature ; quelques points cicatriciels se montrent déjà aux angles des petites plaies.

Quelques jours après, la malade part guérie.

OBSERVATION II

(*Empruntée à M. Chavanne.*)

Françoise A..., âgée de 23 ans, domestique, demeurant à Lyon ; constitution médiocre, tempérament lymphatique ; réglée à 16 ans ; menstrues irrégulières, mais abondantes, durée huit jours. Elle est primipare, à terme ; vomissements nombreux pendant les quatre premiers mois de sa grossesse. Commencement de travail le 29 janvier, au matin ; il marche régulièrement jusqu'à onze heures du soir, où elle accouche naturellement d'un enfant mâle, faible, en première position de l'occiput ; les membranes s'étaient rompues une demi-heure avant.

Le lendemain, 30 janvier, l'accouchée est plongée dans une grande faiblesse, cependant elle ne se plaint de rien. La peau est modérément chaude et sans moiteur ; le pouls faible, dépressible (80 pulsations), lochies normales. Potion calmante simple, infusion de thé et de tilleul.

Le 31 janvier. Même état. Le soir, frissons prolongés pendant une demi-heure, deux fois à une heure d'intervalle ; pouls très accéléré, petit (110 pulsations), peau chaude, sèche, après les frissons. La malade se plaint aussi de douleurs à la vulve. Les grandes lèvres ne sont pas sensiblement tuméfiées ; à leur face interne et inférieure, pla-

que pulpeuse grisâtre, qui recouvre aussi la petite plaie de la fourchette.

Le 1^{er} février. Douleurs vives dans l'abdomen, qui est ballonné; cessation de l'écoulement lochial; peau d'une chaleur brûlante et âcre, sans moiteur; pouls très petit et très accéléré (120 pulsations), langue sèche, facies anxieux, déjà altéré, soif vive; même état de la vulve. Il y a eu de nouveaux frissons pendant la nuit précédente. Vingt sangsues sur le ventre, puis frictions mercurielles belladonisées, et cataplasmes de farine de lin, arrosés de laudanum; ipécacuanha, 1 gramme, en deux doses, à un quart d'heure d'intervalle; limonade.

Le soir, vomissements verdâtres, porracés, nombreux; douleurs de l'abdomen moindres; pouls filiforme, facies crispé, dilatation tremblottante des narines; sueurs visqueuses et froides, limitées à la face et au col. Agonie sans délire; mort à 2 heures du matin.

Autopsie. Le 3 février, à 9 heures du matin.

Teinte plombée de toute la peau; ventre météorisé, roideur cadavérique.

Cerveau. La substance grise est légèrement sablée.

Poitrine. Poumons sains, un peu d'engouement hypostatique à leur partie postérieure. Pas d'abcès dans leur parenchyme. Cœur sain; il contient quelques caillots fibreux peu denses. Rien dans les plèvres, ni dans le péricarde.

Abdomen. Intestins et surtout estomac distendus par des gaz; épanchement purulent dans le bassin; le péritoine de cette région est tapissé de fausses membranes. Adhérences nombreuses entre les circonvolutions inférieures des intes-

tins-grêles et la matrice qui a gardé leur empreinte. Les ovaires, qui baignent dans le pus, sont recouverts de fausses membranes ; l'ovaire gauche contient dans son intérieur de petits produits purulents. L'utérus, revenu sur lui-même, est encore volumineux. Le péritoine qui le recouvre est tapissé de pseudo-membranes. Nous ouvrons la matrice ; nous trouvons étendu sur la face interne un abondant détritus noirâtre, qui exhale une odeur infecte, à travers laquelle nous distinguons l'odeur caractéristique de la gangrène ; les veines qui rampent dans l'épaisseur de ses parois, surtout près de la face externe, sont gorgées de pus. Les veines du ligament large et celles du bassin n'en contiennent point.

Les autres organes sont sains.

On fait macérer l'utérus et le vagin dans l'eau pendant vingt-quatre heures. Examinés ensuite, ils présentent ce qui suit : à la face interne de la matrice, dans les points où n'avait pas été inséré la placenta, surtout au segment inférieur, près du col, existent de nombreuses plaques jaunegrisâtre, irrégulières, variables pour l'étendue entre 2 et 3 centimètres de diamètre. Ces plaques pulpeuses, enlevées avec l'ongle ou le dos du scalpel, laissent voir au-dessous d'elles de petites excavations ulcérées, taillées dans le tissu propre de l'organe. Le rebord du col présente une petite déchirure insignifiante recouverte de la même couche grisâtre. L'entrée du vagin et de la vulve sont dans le même état où nous les avons vus pendant la vie. Il n'y a autour des plaques grisâtres aucune trace de réaction locale. Le reste du conduit vaginal est seulement le siège de quelques ecchymoses violacées.

OBSERVATION III

(Obs. VIII de Vaillard.)

Catherine Ozun, 28 ans, couturière. Entrée le 16 décembre. Régulée à 19 ans, constitution bonne ; bassin normal, un accouchement antérieur. Accouchée à terme, le 19 décembre ; durée totale du travail : 5 heures, Position : OIGA ; poids de l'enfant, 3,930 grammes,

20 décembre, La malade se plaint de douleurs vives à la vulve. Grande lèvre droite très tuméfiée, portant une eschare à la partie moyenne ; odeur fétide, malaise très prononcé, inappétence complète, affaiblissement notable, figure indifférente, sorte de torpeur, d'abattement ; teint un peu jaunâtre. Insomnie.

Le 24. Même état général, l'eschare a envahi la lèvre droite et semble s'être portée assez loin dans le vagin ; douleurs très vives après l'émission de l'urine et quand la malade se remue. Utérus au niveau de l'ombilic.

Le 26. La malade se plaint beaucoup de l'insomnie, peau sèche, un peu de fièvre ; appétit nul, toujours une sorte de torpeur. La partie sphacélée est d'un gris noirâtre ; il paraît y avoir des eschares très profondément dans le vagin ; douleurs très vives.

Le 28. Grande lèvre et petite lèvre droites très gonflées,

chaudes, douloureuses au toucher, presque totalement envahies par la gangrène ; des points phacélés apparaissent sur la petite lèvre gauche et la grande lèvre du même côté, la commissure postérieure de la vulve, au-dessus du clitoris, autour du méat. Même état général que précédemment, un peu de fièvre, le soir.

Le 29. Insomnie tenace, un peu de fièvre, le soir, une auréole inflammatoire s'est établie autour des eschares de la grande lèvre droite ; la malade répand une odeur gangréneuse assez forte pour incommoder ses voisines, malgré les injections fréquentes qu'on lui fait.

Le 30. L'eschare qui se trouvait sur la grande lèvre droite est tombée, entraînant l'élimination d'une bonne partie de cette lèvre. Amélioration notable dans l'état général, plus de mouvement fébrile, figure ouverte, plus expressive ; un peu de sommeil, l'appétit revient ; toujours sensibilité très vive des parties génitales produite sans doute par le travail éliminateur dans les parties profondes.

3 janvier. Toutes les eschares sont tombées, presque plus d'odeur gangréneuse. Etat général bon.

Les 4, 5, 6, 7 et 8. Amélioration progressive de l'état local ; les plaies sont rosées, vives, bourgeonnantes, diminuent d'étendue, la tuméfaction n'existe presque plus.

Le 10. Même état des plaies. La malade sort ; mais la guérison est assurée.

OBSÉRVATION IV (PERSONNELLE).

B... Marie, 25 ans, femme de chambre, lit n° 30, primipare. Accouchement normal et à terme, le 10 janvier 1893. Durée du travail, 23 heures 40 minutes.

Le 17 janvier au soir, septième jour après l'accouchement, la température, ascendante les jours précédents, sans être cependant pathologique, monte à 38° 2. La malade est prise de céphalée, appétit conservé, constipation.

Douleur vulvaire très vive quand on l'examine. La lèvre droite porte sur sa face muqueuse une exulcération rouge vif, détergée et bourgeonnante. Une sanie à odeur fétide, très abondante en suinte. Cette ulcération s'étend sur la paroi postérieure de la vulve vers l'entrée du vagin.

Pas d'adénite inguinale. Utérus indolent.

Traitement. — Le soir attouchements à la teinture d'iode, à la glycérine créosotée le matin. Applications de poudre d'iodoforme. Irrigations vaginales supplémentaires.

18 janvier. — La malade est atteinte d'accidents inflammatoires du côté des seins. Il est impossible de déterminer ce qui est dû aux ulcérations vulvaires dans les modifications de son état général. D'ailleurs les escarres ont suivi l'évolution normale.

20 janvier. — Elimination totale de l'escarre, la plaie est bourgeonnante.

23 janvier. — Guérison complète de l'escarre vulvaire.

OBSERVATION V (PERSONNELLE).

G... Berthe, âgée de 20 ans, brodeuse, couchée au lit n° 8, est une primipare. Elle est accouchée à terme, selon le mode normal, le 11 janvier 1893. La durée du travail a été de 7 heures 20 minutes,

Le périnée porte une petite déchirure qui a nécessité l'application de deux serres-fines ôtées le 13 janvier.

Le même jour, vers le soir, la température jusque là normale monte à 38°2.

Le pouls est un peu accéléré. La malade accuse une céphalée aiguë. L'appétit est conservé. Pas de constipation.

Une douleur très vive, cuisante au toucher, se fait sentir à la vulve et dans le vagin,

Sur la grande lèvre droite, face interne, apparaît une escarre. Le centre noir qui présente les dimensions d'une lentille est entouré par un liséré blanc-grisâtre et un autre plus externe rouge. Sur la lèvre gauche est une escarre plus petite d'aspect semblable. Sur la partie postérieure du vagin, un centimètre et demi au-dessus de l'orifice vulvaire, se trouve une escarre noire dont la plus grande partie est à gauche. Elle est entourée d'un liséré blanchâtre et rose.

L'utérus revenu au niveau de l'ombilic est bien rétracté et non douloureux.

Traitement. — Le matin attouchements à la glycérine créosotée, le soir à la teinture d'iode. Applications de poudre d'iodoforme. Injections vaginales, trois par jour.

14 janvier. T. = m. 37°6 ; s. 38°5.

La céphalée est moins intense ; constipation, les seins sont devenus douloureux

Une sanie rougeâtre à odeur légèrement fétide s'écoule de la vulve. L'aspect des lésions n'est pas sensiblement modifié.

15 janvier. T. = m. 37°6 ; s. 38°2.

16 janvier. T. = m. 37°2 ; s. 38°4.

Le dépôt blanchâtre a envahi toute la surface escarrifiée.

17 janvier. T. = m. 36°8 ; s. 38°.

18 janvier. T. = m. 36°9 ; s. 38°.

Les ulcérations présentent des bourgeons de bon aspect.

19 janvier. T. = m. 37°7 ; s. 39°.

Comme il y a plusieurs cas d'hyperthermie dans le service, on donne par précaution une injection intra utérine à la malade, tout en continuant le traitement topique indiqué.

20 janvier. T. = m. 39°2 ; s. 38°6.

Injection intra utérine au permanganate de potasse (0,50 p. 1000). Même traitement local.

21 janvier. T. = m. 38°3 ; s. 38°4.

Plaie bourgeonnante en voie de cicatrisation.

22 janvier. T. = m. 37°2 ; s. 38°.

A partir de ce jour la malade est guérie, sa température ne dépasse plus la normale. Sortie le 28 janvier.

OBSERVATION VI (PERSONNELLE).

R... Zélie, 20 ans, domestique, lit n° 10, primipare. Accouchement normal et à terme, le 13 janvier 1893. Durée du travail : 23 heures 10 minutes.

Le 17 janvier au soir, l'accouchée se plaint de souffrir à la vulve. La température est 37°6, les seins sont douloureux, cephalée et constipation.

La vulve est très douloureuse au toucher. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit sur la muqueuse de la lèvre droite, à sa partie postérieure, une escarre blanchâtre, en forme de croissant à convexité externe. Elle se prolonge dans la profondeur de la vulve et empiète sur la paroi postérieure. Sa surface totale est à peu près celle d'une pièce de 1 franc.

Pas d'adénite inguinale. L'utérus est indolent. Lochies fétides.

T. aitement. — Le soir attouchements à la teinture d'iode, à la glycerine créosotée le matin. Applications de poudre d'iodoforme. Injections vaginales supplémentaires.

18 janvier. T. = m. 36°5 ; s. 37°2.

19 janvier. T. = m. 36°4 ; s. 37°.

21 janvier. T. = m. 37° ; s. 38°4.

La plaie est à peine détergée. Elle conserve son revêtement pultacé.

22 janvier. T. = m. 38°4 ; s. 39°.

La plaie est violacée et présente un mauvais aspect. Les bourgeons sont rares et faibles.

23 janvier. T. = m. 37°6 ; s. 38°.

24 janvier. T. = m. 37°4 ; s. 37°3.

Désormais la malade revient rapidement à la santé. La température reste au-dessous de 37°8.

Sortie le 27 janvier. Guérison complète.

OBSERVATION VII (PERSONNELLE).

Louise V.,, âgée de 25 ans, domestique, lit n° 21, primipare, accouchée le 13 janvier 1893, normalement et à terme. Durée du travail : 15 h. 30 minutes.

Le 17 janvier, 4^e jour après l'accouchement, vers le soir, la température monte à 38°2. La malade est prise de céphalée, appétit conservé, pas de constipation.

La vulve est douloureuse au moindre contact. La face muqueuse de la grande lèvre droite porte à sa partie postérieure une escarre blanchâtre, qui se prolonge vers le vagin et aussi sur la paroi postérieure de la vulve.

Pas d'adénite inguinale. L'utérus est indolent. Fétidité des lochies.

Traitement. — Le soir attouchements à la teinture d'iode, le matin à la glycérine créosotée. Applications de poudre d'iodoforme. Trois injections vaginales par jour.

18 janvier. T. = m. 37°2 ; s. 36°9.

Depuis ce jour, la température n'a plus dépassé la normale.

20 janvier. L'ulcération est détergée et présente une surface bourgeonnante.

23 janvier. La cicatrisation est complète. La malade sort.

OBSERVATION VIII (PERSONNELLE).

M... Victorine, 18 ans, employée de commerce, lit n° 41, primipare. Accouchement le 26 janvier 1893, à terme, application de forceps pour ralentissement des bruits du cœur fœtal.

Le 29 janvier au soir, 3^e jour après l'accouchement, élévation de la température à 39°. Céphalée, inappétence et constipation.

Très vive douleur vulvaire. La fourchette porte une petite escarre blanchâtre, grande à peine comme une pièce de 1 franc.

Adénite inguinale nulle. Utérus indolent.

Traitement. — Le soir attouchements à la teinture d'iode, le matin à la glycérine créosotée. Applications de poudre d'iodoforme. Irrigations vaginales supplémentaires.

En raison de la fréquence des hyperthermies d'origines diverses dans le service à cette époque, on administre du sulfate de quinine et on pratique une injection intra-utérine.

30 janvier. T. = m. 36°8 ; s. 39°3.

31 janvier. T. = m. 38° ; s. 39°2.

1^{er} février. T. = m. 36°6 ; s. 38°6.

La plaie est détergée et en plein bourgeonnement.

Dès ce jour la température reste dans les limites physiologiques.

Sortie le 5 février. La cicatrisation est complète.

OBSERVATION IX (PERSONNELLE).

L... Lucie, 26 ans, employée de commerce, lit n° 36.

Accouchement normal et à terme le 28 janvier 1893.
Déchirure partielle du périnée.

Le 1^{er} Février, au soir, la température monte à 38°2. Céphalée, inappétence et constipation,

Douleur vulvaire très vive au toucher. On constate la présence d'escarres de chaque côté de la fourchette. Elles remontent le long des grandes lèvres. Leur surface égale à celle d'une pièce de 1 franc est noirâtre. La couche mortifiée est adhérente. Fétidité vulvaire.

Pas d'adénite inguinale. Utérus indolent.

Traitement. Le soir attouchements à la teinture d'iode, le matin à la glycérine créosotée. Applications de poudre d'iodoforme. Irrigations vaginales supplémentaires.

2 Février. T. = m. 36°4 ; s. 37°6.

Depuis ce jour la température a oscillé dans les limites physiologiques.

3 *Février*. Les ulcérations sont détergées et bourgeonnantes.

5 *Février*. Sortie de la malade. Guérison complète.

OBSERVATION X (PERSONNELLE).

L... Camille, 26 ans, couturière, lit n° 39, en est à son cinquième accouchement, à terme et normal, le 1^{er} février 1893. Le travail a duré 50 heures 15 minutes.

Le 6 *Février* au soir, cinquième jour après l'accouchement, la température monte à 38°. Céphalée, constipation ; l'appétit est conservé.

La vulve est légèrement douloureuse. Aux environs de la fourchette et surtout sur le côté droit, on aperçoit une escarre blanc grisâtre, dont la superficie est à peu près égale à celle d'une pièce de 1 franc. Lochies peu fétides.

Pas d'adénité inguinale. Utérus indolent, normalement revenu sur lui-même.

Traitement. Le matin, attouchements à la glycérine créosotée, le soir à la teinture d'iode. Pansement à l'iodoforme. Irrigations vaginales supplémentaires.

7 *Février*. T. = m. 37° ; s. 37°.

8 *Février*. T. = m. 37°6 ; s. 37°5.

La malade sort le 9 février au matin.

Elle ne souffre plus à la vulve.

OBSERVATION XI (PERSONNELLE).

Marie L..., 25 ans, domestique, en dernier lieu couchée au lit n° 40, primipare, accouchée normalement et à terme le 28 janvier 1893, durée du travail 9 heures 15 minutes. Déchirure partielle du périnée.

Le 29 janvier au soir, deuxième jour après l'accouchement, la température monte à 38°3. Céphalée, inappétence et constipation. Seins douloureux. Douleur vulvaire, vive au toucher. Escarres noires et blanches. Celles-ci siègent surtout du côté gauche où elles recouvrent la face muqueuse de la grande lèvre. Elles s'étendent vers les petites lèvres et s'enfoncent à 1 c. 5 vers le vagin. Adénite inguinale nulle. Utérus indolent. Rétention urinaire.

Traitement des escarres. — Le soir applications de teinture d'iode, le matin attouchements à la glycérine créosotée. Pansement à la poudre d'iodoforme. Injections vaginales supplémentaires.

En raison de l'influence infectieuse qui s'exerce en ce moment dans le service, on pratique des injections intra-utérines au permanganate de potasse (0,60 p. 1000).

30 janvier. T. = m. 39°1 ; s. 39°.

31 janvier. T. = m. 39°1 ; s. 40°2.

1^{er} Février. T. = m. 38°4 ; s. 39°4.

Les escarres ne sont pas éliminées. A gauche, la plaque blanche persiste.

2 *Février*. T. = m. 37°9; s. 38°

3 *Février*. T. = m. 38°2; s. 38°8.

4 *Février*. T. = m. 37°8; s. 38°8.

5 *Février*. T. = m. 38°; s. 38°8.

6 *Février*. T. = m. 37°4; s. 38°2.

7 *Février*. T. = m. 37°2; s. 38°2.

8 *Février*. T. = m. 37°2; s. 38°7.

9 *Février*. T. = m. 37°; s. 38°4.

La détersion de l'escarre blanche est incomplète, bien que la plaque blanche soit réduite en surface. La malade n'accuse plus aucun phénomène morbide subjectif.

Le traitement est réduit aux injections vaginales supplémentaires, aux attouchements à la glycérine créosotée matin et soir, au pansement à la poudre d'iodoforme.

10 *Février*. T. = m. 37°4; s. 38°2.

11 *Février*. T. = m. 37°8; s. 38°2.

La détersion est encore incomplète : un voile blanchâtre recouvre la plaie.

12 *Février*. T. = m. 37°6.

La malade sort malgré les avertissements répétés sur la possibilité d'une rechute.

CONCLUSIONS

1° Les escarres de la vulve déterminées par le traumatisme, sont l'occasion de réaction fébrile parfois intense, qui peut en imposer pour de l'infection par la plaie placentaire.

En présence d'une élévation de température chez une accouchée, le médecin doit assurer le diagnostic différentiel entre l'infection utérine et les escarres vulvaires.

2° Dans ce dernier cas, il serait inutile et douloureux pour la malade de pratiquer des injections intra-utérines. Le simple traitement local, aidé par les soins ordinaires dûs aux femmes accouchées, est suffisant pour enrayer cette affection.

VU :

Par le Président de thèse,

TARNIER.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

*Le vice-recteur
de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.

